

БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТИПИЧНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Павлов А.Г., Сушков С.А., Кухтенков П.А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Актуальность. В настоящее время существует большое разнообразие подходов к лечению хронической венозной недостаточности в стадии трофических нарушений. Прошли времена тяжёлых как для пациентов, так и для хирургов операций Линтона и Фельдера, а их место заняли эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени, криодеструкция перфорантов, склерооблитерация под контролем ультразвука и т.д. [1, 2, 3].

Эффективность и безопасность этих подходов для устранения несостоятельных перфорантов локализованных на медиальной поверхности голени доказана многими авторами [1, 2, 4], тогда как остаётся открытым вопрос о роли и значении оперативных вмешательств, направленных на устранение несостоятельных перфорантов переднего миофасциального ложа голени [5].

Цель исследования – оценить ближайшие и среднесрочные результаты эндоскопической диссекции перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени у пациентов с хронической венозной недостаточностью

Материал и методы. Проведено оперативное лечение 16 пациентов с хронической венозной недостаточностью. Возраст оперированных пациентов варьировал от 34 до 69 лет (средний $52,2 \pm 10,5$ лет)

Среди пациентов было 9 мужчин и 7 женщин. У всех больных имелись трофические нарушения на голени в проекции переднего миофасциального ложа от гиперпигментации, ограниченного/распространённого липодерматосклероза и/или венозной экземы до открытой трофической язвы.

У 11 пациентов трофические нарушения на голени явились следствием варикозной болезни, ещё у 5 ХВН развилась на фоне посттромбофлебитического синдрома.

У всех пациентов трофические нарушения на переднелатеральной поверхности сочетались с трофическими расстройствами на медиальной поверхности голени от гиперпигментации до открытой трофической язвы.

Эндоскопическая диссекция перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени выполнялась по собственной графикарной газовой методике (инструкция на метод утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 16.07.09. Рег. № 045-0409).

Для оценки среднесрочных результатов всем пациентам по почте были разосланы анкеты оценки качества жизни пациентов с хронической венозной недостаточностью (CIVIQ). Кроме ответов на вопросы анкеты пациентам было предложено дать собственную оценку результатов лечения.

Дополнительно была проведена объективная оценка клинического статуса всех пациентов обратившихся для второго этапа лечения или для осмотра в различные сроки после операции.

Распределение пациентов по нозологическим формам, тяжести хронической венозной недостаточности и характеру проведенного оперативного лечения представлено в таблице.

Таблица– Типы выполненных оперативных вмешательств

Вариант вмешательства	Варикозная болезнь			ПТФС			Всего
	C4	C5	C6	C4	C5	C6	
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе, флебэктомия БПВ с притоками	1+1 ^a	1					3
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе, флебэктомия БПВ и МПВ с притоками, вмешательство на задних большеберцовых венах	1	1					2
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе, средний стриппинг, аутовенозная окклюзия ствола БПВ на голени, вмешательство на задних большеберцовых венах		1 ^a	1 ^a				2
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе + аутодермопластика						2	2
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе		3 ^a			2		5
ЭСДПВ в переднем и медиальном ложе, средний стриппинг		1 ^a					1
ЭСДПВ в медиальном ложе + аутодермопластика						1	1

Примечание ^a – вмешательство выполнено в качестве первого этапа, всем пациентам назначена повторная госпитализация для выполнения оставшегося объема

^b – после купирования липодерматосклероза удалены резидуальные вены в бассейне малой подкожной вены.

^c – операция выполнена в два этапа, первым этапом ЭСДПВ.

Результаты и обсуждение Были проанализированы ближайшие (до выписки из стационара) и среднесрочные результаты оперативного лечения пациентов с трофическими нарушениями на переднелатеральной поверхности голени.

Все операции были выполнены под спинальной анестезией. Продолжительность этапа эндоскопической диссекции в переднем миофасциальном ложе составила от 30 минут до 1 часа. Интраоперационных осложнений не было.

Во всех случаях было коагулировано от 1 до 3 перфорантов. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений в виде нагноения послеоперационных ран, тромбоза глубоких вен, лимфорей и других осложнений не было. Все пациенты были выписаны с улучшением в сроки от 8 до 15 дней после операции без открытых трофических язв ($10,6 \pm 1,9$ к/д. $M \pm \sigma$).

Второй этап оперативного лечения в сроки от 3 до 6 месяцев после эндоскопической диссекции выполнен 3 пациентам. У одного из них в отдалённом периоде возник тромбоз подколенной вены на оперированной конечности. Поскольку осложнение возникло в отдалённом послеоперационном периоде (спустя 7 месяцев после первой операции и 4 месяца после второй), мы считаем, что оно не является следствием оперативного вмешательства, а, возможно, обусловлено неправильным применением компрессионной терапии.

Пациент с тромбозом после второго этапа операции и пациентка, у которой не удалось по техническим причинам выполнить диссекцию перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе, не были включены в группу анкетированных.

Из оставшихся 14 пациентов на анкету ответили 7 пациентов. Сроки наблюдения составили от 3-х до 16 месяцев после операции (в среднем $11,4 \pm 5,3$ месяца).

Один пациент с посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС) отказался отвечать на вопросы анкеты, указав в сопроводительном письме, что не доволен результатами лечения (на момент операции имелись открытые трофические язвы передней и медиальной поверхности голени, в течение 14 месяцев после вмешательства неоднократно возникали рецидивы). Один пациент умер через 11 месяцев после операции от острой печёночной недостаточности, которая не была связана с проведенным лечением.

Из 7 пациентов, ответивших на анкету, у 6 операция была выполнена по поводу варикозной болезни, причём в 2-х случаях – только этап эндоскопической диссекции. Все пациенты оценили результаты оперативного лечения как хорошие и отличные. По данным объективного осмотра признаков прогрессирования хронической венозной недостаточности отмечено не было, трофические язвы не открывались, уменьшилась степень липодерматоклероза, пациенты отмечали уменьшение отёчности.

Выводы. Предложенная методика эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе является безопасным методом устранения горизонтального рефлюкса по перфорантным венам на передней поверхности голени.

Среднесрочные результаты показывают, что эндоскопическая диссекция перфорантных вен переднего миофасциального ложа голени эффективна как в качестве этапного, так и самостоятельного оперативного вмешательства при хронической венозной недостаточности.

Литература:

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 253 с.
2. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев [и др.]; под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.

3. The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians, 2nd edition / edited by H.S. Fronek – Royal Society of Medicine Press Ltd., 2008. – 102 p.

4. Pierik, E.G.J.M. Efficacy of subfascial endoscopy in eradicating perforating veins of the lower leg and its relation with venous ulcer healing / E.G.J.M. Pierik, H. van Urk, C.H.A. Wittens // J. Vasc. Surg. – 1997 – Vol. 26, – P.255-9.

5. de Rijcke, P.A. Subfascial endoscopic perforating vein surgery as treatment for lateral perforating vein incompetence and venous ulceration // P.A. de Rijcke, W.C. Hop, C.H. Wittens // J. Vasc. Surg. – 2003 – Vol. 38, № 4, – P 799-803.